

An den
Verband der Ersatzkassen e. v. (vdek)
Abt. Ambulante Versorgung
Referat Arzneimittel (arzneimittel@vdek.com)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin

Beitrittserklärung zur Vereinbarung für die Abrechnung des Sichtbezuges in Apotheken ab 01.02.2026

Vorname: _____

Nachname: _____

Ich erkläre als Eigentümer*in / Pächter*in / Geschäftsführer*in/ Verwalter*in der
(Unzutreffendes bitte streichen)

Name der Apotheke: _____

Anschrift der Apotheke

Straße und Nr.: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Land: _____

Institutionskennzeichen

(IK): _____

sowie der Filialapotheke(n):

1. Apothekenname: _____

in _____

(PLZ, Ort, Land)

IK: _____

2. Apothekenname: _____

in _____
(PLZ, Ort, Land)

IK: _____

3. Apothekenname: _____

in _____
(PLZ, Ort, Land)

IK: _____

dass ich

der am 01.02.2026 in Kraft getretenen Vereinbarung für die Abrechnung des Sichtbezuges in Apotheken zwischen dem vdek und dem DAV nach § 1 Absatz 2 der Vereinbarung

beitrete.

Datum und Ort

Stempel und Unterschrift

Mitgliedskassen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek):

Techniker Krankenkasse

BARMER

DAK – Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse (KKH)

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse